

דמי חבר לשנת 2016

לכבוד

החברה הישראלית להפרעת קשב

באמצעות מחלקת שירות וקשרי פנים - ההסתדרות הרפואית בישראל
רח' ז'בוטינסקי 35 בנין תאומים 2, ת"ד 3566, רמת גן 5213604

אני החתום מטה,

פרופ' / דר' / אחר _____ ת.ז. _____

מען אישי (בית) _____

טלפון בבית _____ טלפון נייד _____

פקס בעבודה _____ e-mail _____

מבקש/ת לשלם דמי חבר בחברה כמסומן בטבלה (נא לסמן את העמודה המתאימה):

שנה	מומחה (חבר מן המניין)	חבר שלא מן מניין	מתמחה	חבר נלווה	נשים מגיל 62 וגברים מגיל 67
2016	בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר או בפסיכיאטריה או בנוירולוגיה של הילד או בנוירולוגיה ברפואת ילדים או ברפואת משפחה שעבר הכשרה בהפרעת קשב מטעם משרד הבריאות	רופא מומחה חבר הר"י שאינו מומחה במקצועות החברה	בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר או בפסיכיאטריה או בנוירולוגיה של הילד או בנוירולוגיה או ברפואת ילדים או ברפואת משפחה	שאינם שאינם רופאים : כגון פסיכולוג, נוירופסיכולוג, סוציולוג, איש חינוך, עובד סוציאלי פיזיולוג, פרמקולוג, רוקח, מרפא בעיסוק, אחות, כדו'	נשים מגיל 62 וגברים מגיל 67
	150 ₪	75 ₪	75 ₪	75 ₪	פטור

באמצעות כרטיס אשראי של חברת _____ שמספרו _____

בתוקף עד / (לא ניתן לשלם בכרטיס דינרס)

באמצעות ההמחאה המצורפת לפקודת: ההסתדרות הרפואית בישראל

לא יתקבל תשלום במזומן!

חתימה: _____ תאריך: _____

ניתן להחזיר את טופס התשלום עם מספר כרטיס אשראי לפקס: 03-6121610